

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA  
CÁTEDRA DE SEMINARIO DE TÍTULO I

Influencia del abuso sexual infantil y las experiencias  
reparatorias en la refractariedad al tratamiento en  
pacientes con trastorno bipolar tipo I.

**PATRICIO ANDRÉS COLLAO PÉREZ**

**BERNARD LOUIS CUTBILL CASTRO**

**FRANCO IGNACIO FARÍAS TORRES**

**JAVIERA IGNACIA MEDEL VARGAS**

**MARÍA FERNANDA PASSALACQUA CHAPARRO**

Profesores guías: Paula Patricia Solervicens Silva.  
Javier Antonio Morán Kneer.

Seminario de Título presentado como requisito para optar al Título de Psicólogo y al  
grado de Licenciado en Psicología

Enero, 2019  
Valparaíso, Chile

## 1. Resumen

El objetivo de esta investigación es describir la influencia que existe entre el abuso sexual infantil y la experiencia reparatoria de este tipo de abuso, con la refractariedad al tratamiento bipolar tipo I. Se usó una metodología cuantitativa, por lo cual se realizó un análisis estadístico de las diversas tipologías de maltratos en la infancia, en específico el abuso sexual infantil recolectadas en el Childhood Trauma Questionnaire Short-Form (CTQ-SF), además de considerar la variable numérica de las hospitalizaciones correspondientes a refractariedad en trastorno bipolar, por medio del acceso a ficha clínica de los pacientes. Siendo esta un tipo de investigación exploratoria y descriptiva lo que se pretende es brindar información relevante para futuras investigaciones. Entre los principales resultados obtenidos en este estudio se encuentra la correlación directa entre la variable de experiencia reparatoria y número de hospitalizaciones (forma de medir la refractariedad), lo que, si bien no es estadísticamente significativo, relaciona a ambas variables directamente. Este es uno de los principales aportes que podemos mencionar del estudio, puesto que entrega conocimientos respecto a la práctica clínica y la importancia de la formación especializada para realizar terapia reparatoria, así como sugerencias para futuras investigaciones. Entre las limitaciones se encuentran la necesidad de ampliar el estudio, al espectro completo de malos tratos en la infancia y no sólo ASI. Como proyecciones se sugiere complementar este tipo de análisis con estudios cualitativos que permitan analizar de mejor manera la información y subrayar la importancia de nuestro rol como profesionales de salud.

## Tabla de contenidos

1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.1	Objetivos.....	10
1.1.1	Objetivo General.....	10
1.1.2	Objetivos Específicos.....	10
1.2	Hipótesis.....	11
2.3	Preguntas de investigación.....	11
2.	MARCO TEÓRICO.....	12
2.1	Trastorno bipolar.....	12
2.1.1	Episodio maniaco.....	13
2.1.2	Episodio hipomaniaco.....	14
2.1.3	Episodio depresivo mayor.....	15
2.1.4	Trastorno bipolar I.....	16
2.2	Refractariedad.....	18
2.3	Número de hospitalizaciones.....	19
2.4	Abuso sexual infantil.....	20
2.5	Experiencia reparatoria.....	23
3.	MARCO METODOLÓGICO.....	29
3.1	Diseño.....	29
3.2	Participantes.....	29
3.2.1	Criterios de inclusión.....	29
3.2.2	Criterios de exclusión.....	30
3.2.3	Tamaño de la muestra.....	30
3.3	Procedimientos.....	30
3.4	Instrumento de recolección de datos.....	31
3.4.1	Análisis de datos.....	32

4. RESULTADOS.....	33
4.1 Caracterización de la muestra.....	33
4.2 Distribución de vulneraciones durante la Infancia según CTQ-SF en pacientes diagnosticados con TBI.....	35
4.3 Distribución del número de hospitalizaciones de los pacientes con TBI.....	39
4.4 ASI y Experiencia Reparatoria.....	42
4.5 Refratariedad medida en nº de hospitalizaciones y presencia de experiencia reparatoria en ASI.....	43
5. DISCUSIÓN.....	45
6. CONCLUSIÓN.....	53
7. REFERENCIAS.....	56

### Lista de tablas

Tabla 1. <i>Distribución de la muestra según sexo</i> .....	33
Tabla 2. <i>Distribución de la muestra según edad del diagnóstico</i> .....	34
Tabla 3. <i>Distribución de la muestra según edad actual</i> .....	34
Tabla 4. <i>Distribución de los tipos de abuso expuestos en el CTQ - SF</i> .....	35
Tabla 5. <i>Distribución de frecuencia según cantidad de tipos de abusos presentes en CTQ-SF</i> .....	36
Tabla 6. <i>Distribución por sexo de los pacientes con diagnóstico TBI que presentan ASI</i> .....	37
Tabla 7. <i>Frecuencia de hospitalizaciones por rango</i> .....	39
Tabla 8. <i>Hospitalizaciones por rango relacionadas con la presencia o ausencia de ASI</i> .....	40
Tabla 9. <i>Frecuencia de presencia o ausencia de experiencia reparatoria de los participantes que sufrieron ASI</i> .....	42
Tabla 10. <i>Rango de hospitalizaciones según la presencia o ausencia de tener una experiencia reparatoria de ASI</i> .....	43

## Lista de figuras

<i>Figura 1: Porcentaje de la distribución de la muestra según sexo.....</i>	<i>34</i>
<i>Figura 2: Distribución según la cantidad de abusos presentes en pacientes diagnosticados con TBI.....</i>	<i>37</i>
<i>Figura 3: Porcentajes según sexo de los pacientes con diagnóstico de TBI que han sufrido ASI.....</i>	<i>38</i>
<i>Figura 4: Número de hospitalizaciones por rango y la presencia o ausencia de ASI.....</i>	<i>41</i>
<i>Figura 5: Distribución de población con ASI, según haber o no tenido una experiencia reparatoria.....</i>	<i>42</i>
<i>Figura 6: Número de hospitalizaciones según rango y haber o no tenido una experiencia reparatoria de ASI.....</i>	<i>44</i>

## 1. Planteamiento del problema

El trastorno bipolar (TB), es un tipo de enfermedad mental de índole afectiva, cuya característica central es la alteración del ánimo fluctuante, entre dos polos, depresión (disminución) y manía (aceleración), que tiende a evolucionar en fases y después de los episodios, la recuperación tiende a ser completa; por lo tanto, el pronóstico es más bien favorable, incluyendo una mejoría espontánea de las fases (Retamal, 2010). La bipolaridad es una enfermedad crónica, con un curso fásico y recurrente, que debe ser diagnosticada oportunamente debido a que limita la funcionalidad del paciente, implica una enorme carga socioeconómica y está asociada a una alta morbilidad y mortalidad si ésta no es tratada (MINSAL, 2013).

Este estudio, se centra en el trastorno bipolar tipo I (TBI), ya que en esta enfermedad las manifestaciones de episodios maníacos son más intensos y distinguibles comparado con el tipo II (DSM-V, 2014), su cronicidad en el tiempo y el número de sujetos diagnosticados. “Se estima que a nivel mundial el trastorno bipolar presenta una prevalencia de 2,4% para el espectro bipolar, 0,6 % para el trastorno bipolar tipo I, y 0,4% para el trastorno bipolar tipo II” (MINSAL, 2013, p. 17).

Varios estudios demuestran que existe una correlación entre los eventos traumáticos en la infancia y diversos problemas psiquiátricos en la adultez (Weil et col., 2004). Las experiencias traumáticas tempranas ejercen una influencia importante en la vida adulta de las personas, la frecuencia de trauma en la infancia ha sido reportada en el 51% de los pacientes con TB del Hospital de New York (Garno, 2005).

A nivel nacional son escasos los datos empíricos relacionados con este ámbito (Vitrol, 2005), con lo anterior, lo que se pretende resaltar es la importancia de investigar sobre la enfermedad bipolar debido a la falta de investigación realizada para efectos de la población chilena.

La experiencia traumática como el maltrato infantil, se define como actos de violencia física, sexual o emocional, que sufren ocasional o habitualmente menores de 18 años, sea en el grupo familiar o en el grupo social. En una revisión llevada a cabo por Read y colaboradores (2005) encontraron que un gran porcentaje de pacientes diagnosticados de psicosis habían experimentado algún tipo de maltrato, como abusos sexuales (48% de las mujeres y el 28% de los varones), abusos psicológicos (48% de las mujeres y el 50% de los varones) o incesto (29% de las mujeres y el 7% de los varones); concluyendo que el abuso infantil es un factor causal para la psicosis (Read et cols., 2005 en Ordóñez-Cambler, Lemos-Giráldez, Paino, Fonseca-Pedrero, García-Álvarez, Pizarro-Ruiz, 2014).

El presente trabajo se enfoca en el maltrato por abuso sexual infantil (ASI), ya que, al ser un estudio retrospectivo, las personas tienden a reconocer la violencia sexual más fácilmente que otros tipos de violencia. Existen diversas definiciones de ASI, en esta investigación se conceptualiza como el acto en que un adulto utiliza al niño, niña o adolescente como objeto sexual, existiendo una relación asimétrica y jerárquica. La conducta sexual entre un niño/a y un adulto es siempre inapropiada, así como el grado de relación que tiene la víctima con el agresor (abuso intra o extrafamiliar) (Wolfe, Wolfe y Best, 1998 en Arboleda y Cantón, 2004).

El acto sexual que ocurre en el abuso sexual de niños/as generalmente no es un coito sino más bien tocar los genitales, la masturbación y la exhibición. En contraste casi siempre una violación involucra un coito o intento de coito (Finkelhor, 2005, p. 13).

Se entenderá por experiencia reparatoria de ASI, tanto a la reparación formal (intervenciones sociales y psicológicas) como los acontecimientos reparatorios informales (contención, protección, credibilidad, etc.). “El sólo hecho de creer a la persona y mantener la aceptación hacia ella, en sí mismo es terapéutico” (Llanos, 2001, p. 9). Por ello se definirá, una



experiencia de reparación de ASI como toda práctica o conocimiento que ayuda a la víctima a superar el trauma producido por el abuso.

Haber vivido ASI es un factor de riesgo importante en el desarrollo psicopatológico durante la etapa adulta, mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia presentan niveles mayores de depresión en controles rutinarios (Arboleda y Cantón, 2004). "Los adultos victimizados sexualmente en la infancia pueden presentar varias secuelas, que afectan tanto al nivel de estructuración de la propia identidad, las relaciones interpersonales y en general la salud física y psicológica" (Fulmer, 1992; Poblete & Varas, 1994 en Pool, 2006, p. 4). Esto se relaciona con la experiencia reparatoria, ya que al tener protección y/o contención de alguna persona del grupo familiar ante el abuso, es posible adquirir conocimientos y herramientas que ayuden a la víctima a lidiar con las consecuencias de este hecho, y por tanto disminuir consecuencias adversas a largo plazo. De esta forma el abuso sexual y el haber o no tenido una experiencia reparatoria se podría relacionar con el trastorno bipolar, en cuanto a la refractariedad al tratamiento.

En general, la refractariedad se establece en función a la intolerancia del tratamiento en curso y la respuesta farmacológica insuficiente al tratamiento. En el caso del trastorno bipolar, la resistencia al tratamiento se ha definido como la persistencia de síntomas a pesar del tratamiento adecuado y simultáneo con dos estabilizadores de ánimo en rango terapéutico habitual (Lermanda, Holmgren, Fuentes y Guerra, 2010). La forma de medir la refractariedad en el estudio será por medio de la variable de número de hospitalizaciones que han presentado los pacientes durante el curso de la enfermedad bipolar. El número de hospitalizaciones es una variable cuantitativa discreta que mide el número de hospitalizaciones por causa psiquiátrica desde la primera fase anímica hasta el momento de la evaluación en el protocolo de estudio (Rios, 2016).

Son pocas las investigaciones que han examinado el impacto del trauma infantil y los dominios del abuso infantil sobre el resultado en el trastorno bipolar (Garno, 2005). La experiencia reparatoria, del mismo modo, es un fenómeno poco estudiado y conceptualizado, lo que hace pertinente la realización de estudios como este, que indaguen en la relación que puede existir entre estos y brinde lineamientos de acción para futuras intervenciones. “El hecho de que en Chile no existan estudios que hayan profundizado en los factores involucrados en la variabilidad de la sintomatología ha impedido el desarrollo de programas específicos de atención para víctimas de abuso sexual infantil y adolescente con distintos perfiles” (Guerra & Farkas, 2015, p. 4).

Para la realización de este estudio existe la autorización del Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico del Salvador, donde el estudio poblacional se obtendrá de pacientes con trastorno de bipolaridad en eutimia del hospital El Salvador, obteniendo un total de 100 participantes.

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo general**

Identificar la relación entre abuso sexual infantil y tener una experiencia reparatoria de éste con la refractariedad (entendido como el número de hospitalizaciones) al tratamiento en pacientes con TBI.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

Comparar el número de hospitalizaciones entre personas que ha sufrido ASI de aquellos que no, en pacientes con diagnóstico TBI.

Comparar en el número de hospitalizaciones entre personas con TBI que presentan experiencias reparatorias de ASI, y aquellas que no presentan experiencias reparatorias de ASI.

## **1.2 Hipótesis**

1. H0: Los pacientes que han sufrido ASI, tienen el mismo número de hospitalizaciones, que aquellos que no han sufrido ASI.

H1: Los pacientes que sufrido ASI, tienen mayor número de hospitalizaciones que aquellos que no han sufrido ASI.

2. H0': Los pacientes que han sufrido ASI y que han vivido una experiencia reparatoria tienen el mismo número de hospitalizaciones que aquellos que no han tenido una experiencia reparatoria de ASI en pacientes con TBI.

H1': Los pacientes que han sufrido ASI y que han vivido una experiencia reparatoria tienen menos número de hospitalizaciones que aquellos que no han tenido una experiencia reparatoria de ASI en pacientes con TBI.

## **1.3 Preguntas de Investigación**

¿Cómo se relaciona el haber sufrido abuso sexual infantil con la refractariedad al tratamiento, medida en el número de hospitalizaciones en pacientes con TBI?

¿Cómo influye tener una experiencia reparatoria con la refractariedad al tratamiento, medida en el número de hospitalizaciones de pacientes con diagnóstico de TBI?

## 2. Marco teórico

### 2.1 Trastorno bipolar

El trastorno bipolar es una enfermedad del estado del ánimo crónica, grave y supone una carga de salud y económica sustanciales a los pacientes en todo el mundo (Mao, et col., 2018, p. 65). Según Retamal: “La Enfermedad Bipolar (EB) es uno de los tipos de las enfermedades afectivas”, siendo:

(...) el síntoma central (...) la alteración del ánimo, tanto disminución (depresión) como manía (aceleración), que tiende a evolucionar en fases y, después de los episodios, la recuperación tiende a ser completa; (...) incluyendo una mejoría espontánea de las fases. (...) algunos episodios tienden a la cronicidad, la mayoría provoca un significativo impacto en la salud somática y en la esfera psicosocial (2010, p. 4).

O pueden conllevar intentos de suicidio. De forma general, se puede entender que la depresión es:

(...) el tipo más frecuente de alteración del estado anímico, que lleva a su disminución, con grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales, y acompañado de diversos síntomas físicos y psíquicos. (...) cuando en la historia, además de (...) depresiones, se han presentado episodios con aumento del estado anímico (aceleración, euforia, irritabilidad, etc.), la depresión se define como bipolar, indicando que han existido dos polos anímicos: disminución (depresión) y elevación (manía) (Retamal, 2014, p. 4).

En la Guía Clínica del MINSAL (2013, p. 5), se define al TB como una enfermedad mental crónica y grave de curso recurrente y fásico, con “un estado de ánimo fluctuante entre dos polos opuestos: la manía/hipomanía (fase de exaltación, euforia y grandiosidad) y la depresión (fase en la que predomina la tristeza, inhibición e ideas de muerte).” De acuerdo al DSM-V (2014, p.71): “Para un diagnóstico de trastorno bipolar I, es necesario que se cumplan los

criterios (...) para un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor”.

### **2.1.1 Episodio maníaco**

La forma en que se definen los criterios diagnósticos para episodio maníaco en el DSM-V son los siguientes:

- A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (...).
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o actividad, existen tres (...) de los síntomas siguientes (...) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:
1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
  2. Disminución de la necesidad de dormir (...).
  3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
  4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
  5. Facilidad de distracción (...), según se informa o se observa.
  6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (...) o agitación psicomotora (...).
  7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (...).
- C. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.

D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (...) o a otra afección médica (p. 71-72).

### **2.1.2 Episodio hipomaniáico**

Como los pacientes con TBI también pueden estar cursando un episodio hipomaniáico, se ha considerado importante definirlo en detalle, para así poder ilustrar mejor el trastorno. Para ello también se han considerado los criterios de DSM-V:

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido tres (...) de los síntomas siguientes (...), representan un cambio notorio del comportamiento habitual". En el manual se describen 7 síntomas que deben estar presentes de modo significativo.

C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.

E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.

F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (2014, p. 72-73).

### **2.1.3 Episodio de depresión mayor**

A pesar de que es el episodio maníaco el polo anímico más característico, la mayor parte de los pacientes con TBI pasa más episodios de depresión mayor que de manía, por eso, estos criterios son muy importantes para comprender a cabalidad las características de TB.

En el criterio A se señala que tienen que haber al menos 5 síntomas de 9 que enumera en total, para esta investigación, solamente se dará cuenta de los 2 de ellos que son imprescindibles:

(...) al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (...) o de la observación por parte de otras personas (...).

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.

A. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

B. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica (DSM-V, 2014, p. 74-75).

### **2.1.4 Trastorno bipolar I**

Como anteriormente se han descrito los episodios por los que puede cursar un paciente con TB, solo queda describir los criterios para que se cumpla el diagnóstico específico de TBI de acuerdo al DSM-V:

A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio maníaco (...).

B. La aparición del episodio(s) maníaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno

delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados (2014, p. 76).

En cuanto al tratamiento, es importante destacar que TB al ser una enfermedad crónica, el objetivo específico es disminuir la frecuencia, severidad y consecuencias psicosociales de los episodios, mejorando el funcionamiento psicosocial entre éstos (American Psychiatric Association, 1994 en Becoña & Lorenzo, 2001). "Las distintas intervenciones se han orientado básicamente a incrementar la adherencia al régimen de medicación, disminuir las hospitalizaciones y las recaídas y mejorar la calidad de vida de los pacientes" (Becoña & Lorenzo, 2001, p. 2).

## **2.2 Refractariedad**

La refractariedad, es un concepto relevante en la psiquiatría clínica. La palabra refractario, puede usarse en caso de una mayor resistencia a un tratamiento (Souery, et al., 1999, en Kim & Lee, 2016). Hay autores que señalan que el término refractario y resistente pueden ocuparse sin distinciones (Berlim y Turecki, 2007, en Kim & Lee, 2016).

A pesar de las apreciaciones anteriores, desde una mirada más general, la refractariedad está caracterizada por un número creciente de episodios de estado de ánimo con una capacidad de respuesta limitada al tratamiento farmacológico eficaz como lo puede ser el litio (Kessin, Hellmund, Geddes, Goodwin y Andersen, 2011, citado en Bauer, Soares, Selek y Meyer, 2017), además de intervenciones de tipo educativas (Scott, et al., 2006; Torrent, et al., 2013, citado en Bauer, et al., 2017).

Asimismo, una definición que puede ser aún más descriptiva de refractariedad en trastorno bipolar es la propuesta por Bauer y Ströhle (1999), basado en 3 criterios específicos:



1. El paciente debe haber experimentado 5 o más episodios del estado de ánimo, y 2 de estos episodios debería haber ocurrido en los últimos 3 años a pesar de medicación adecuada.
2. El paciente no respondió a 2 diferentes tratamientos administrados en forma individual o tratamientos combinados.
3. Deben cumplirse los criterios de "medicación adecuada", que se definió como un período de tratamiento de  $\geq 12$  meses ( $\geq 6$  meses para pacientes con RBD [RBD son las siglas en inglés de resistant bipolar disorder, traducido al español es trastorno bipolar resistente]), y los análisis de sangre deben mostrar niveles séricos adecuados de la medicación psicotrópica (litio  $\geq 0,5$  mmol/l, carbamazepina  $\geq 5$  mg, y valproato  $\geq 50$  mg) (Bauer, et al., 2017, p. 11).

Ambas definiciones anteriores, pueden complementarse a las descripciones que proponen estos autores de un artículo escrito en Chile, que enfatiza una serie de criterios que son parte de la refractariedad en trastorno bipolar. Señalando las siguientes características: "intolerancia al tratamiento en curso y la respuesta insuficiente (...) la resistencia al tratamiento se ha definido como la persistencia de síntomas a pesar de tratamiento adecuado y simultáneo con dos estabilizadores del ánimo en rango terapéutico habitual" (Lermanda. et al., 2010, p. 336).

También se incluyen la intolerancia a la medicación, la aparición de nuevos episodios, la respuesta insuficiente de un antipsicótico típico en caso de haber síntomas psicóticos (Lermanda. et al., 2010). Además, en la resistencia al tratamiento, se debe considerar, "la existencia de una fase clínicamente especificada, un tratamiento combinado apropiado y contar con adherencia del paciente (...) se deben excluir de manera absoluta el uso de antidepresivos, por su efecto desestabilizador (...) el abandono e interrupción del tratamiento" (Lermanda et al., 2010, p. 338). La discapacidad funcional en diferentes ámbitos cotidianos de la persona, la necesidad de

re-hospitalización pese a tratamientos adecuados, incluso por daño a sí mismo, también pueden ser criterios de refractariedad (Lermanda, et al., 2010).

### **2.3 Número de hospitalizaciones**

El número de hospitalizaciones permite conocer una variable cuantitativa discreta que entrega información relacionada con la variable de refractariedad. Podemos definir la importancia del número de hospitalizaciones debido a sus altos niveles de recurrencia, su coste y su fuerte componente de desgaste de años de vida (Ríos, 2016).

El curso clínico del trastorno bipolar I habitualmente presenta recaídas y remisiones, a menudo alternando entre episodios de depresión y manías. El 90% de los pacientes que presentan un episodio de manía tendrán otro dentro de 5 años. El 90% de los pacientes con trastorno bipolar tendrán al menos una hospitalización psiquiátrica. La evolución del trastorno bipolar tiende a la cronicidad, a lo largo de la vida los pacientes se encontrarán sintomáticos aproximadamente la mitad del tiempo, aunque la mayor parte de este tiempo en condiciones subsindromáticas. Del tiempo que estarán sintomáticos, los síntomas depresivos serán 3 veces más frecuentes que los maníacos en pacientes con trastorno bipolar I casi 40 veces más frecuentes en pacientes con trastorno bipolar II (MINSAL, 2013).

Estos altos niveles de recurrencia se asocian con un funcionamiento más pobre a nivel cognitivo y psiquiátrico, así mismo mayores comorbilidades médicas y probabilidades de suicidio, discapacidad, desempleo y re-hospitalización (Shim, 2017). Las altas tasas de re-hospitalización en pacientes con trastorno bipolar puede deberse a la complejidad subyacente de mecanismos biológicos, severidad de la psicopatología, falta de eficacia de la farmacología actual tratamientos y/u otros factores sociodemográficos. Por lo tanto, los factores genéticos, biológicos, clínicos y sociales que están asociados con la recurrencia de episodios de estado de ánimo pueden considerarse predictores de recurrencia (Shim, 2017).

## 2.4 Abuso sexual infantil

El maltrato infantil es uno de los problemas más grandes que enfrentan las sociedades actuales, debido a su repercusión social e individual en la salud de quienes sufren este tipo de eventos, con graves consecuencias que pueden extenderse hasta la adultez. Éste representa un problema de salud pública a nivel global, ya que “vulnera derechos fundamentales de la infancia y adolescencia, derechos que permiten asegurar una vida protegida y un desarrollo óptimo de todas sus potencialidades” (MINSAL, 2014, p. 7).

Actualmente la OMS define el maltrato infantil como:

(...) los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, [incluidos] todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo, que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (OMS, 2014).

Baita y Moreno, en su guía de abuso sexual infantil: Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia (2015), comprende la siguiente lista que contiene tipos de malos tratos reconocidos a la fecha: maltrato físico; maltrato emocional (en algunos textos puede ser denominado psicológico, en otros verbal); abuso sexual; abandono; negligencia física; negligencia emocional; ser testigo de violencia parental; maltrato prenatal; maltrato institucional; explotación sexual con fines comerciales; explotación laboral.

Si bien para algunas investigaciones, la combinación de diversos tipos de maltrato es lo que predice mayores resultados en el desarrollo y no un tipo de maltrato en particular (Litrownik et al., 2005, en Morelato, 2011, p. 2), pero, por ser un estudio retrospectivo, esta investigación se centrará específicamente en el maltrato por abuso sexual infantil (ASI). Sin embargo, es necesario considerar esta variable en los resultados de este estudio y para futuras investigaciones.

Al respecto la definición que la OMS entrega de ASI es la siguiente:

(...) una acción en la cual se involucra a un menor en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente, para la que no tiene capacidad de libre consentimiento o su desarrollo evolutivo (biológico, psicológico y social) no está preparado, o también, que viola las normas o preceptos sociales (Acero, 2009, en Mebarak, Martínez, Herrera y Lozano, 2010, p.1).

Otra de las definiciones más aceptadas internacionalmente es la del National Center of Child Abuse and Neglect (1978), según la cual el abuso sexual infantil (ASI) se entiende como “los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimular sexualmente a sí mismo, al niño o a otra persona” (Acero, 2009, Melbarak, Martínez, Herrera y Lozano, 2010, p. 4).

Por otro lado la Academia Americana de Pediatría ha definido al Abuso Sexual Infantil (ASI) como “la práctica de un contacto físico o visual, cometido por un individuo en el contexto sexual; con violencia, engaño o seducción, ante la incapacidad del niño para consentir, en virtud de su edad y diferencia de poder” (Vitriol, Vásquez, Iturra & Muñoz, 2007, en Bidem, 2010, p. 5).

Las anteriores definiciones se enmarcan en una relación donde existe algún tipo de contacto de carácter sexual entre un adulto y un menor de edad, en el que el adulto se vale de la incapacidad del menor para consentir y comprender el hecho. Es por ello que:

(...) la definición de victimización también requiere un rango de edades. Hasta cierto punto, las edades exactas elegidas son arbitrarias (...). En nuestra definición de victimización incluimos tres categorías de relaciones basadas en el criterio de edad: la primera es la de niños inmaduros que tienen encuentros sexuales con personas legalmente

definida como adultos. Esta categoría incluye todas las experiencias entre un niño de doce años o menos con un adulto de dieciocho años o más (Finkelhor, 2005, p. 82).

En el caso de adolescentes que se aprovechan sexualmente de niños/as, se propone la diferencia de edad de cinco años como diferencial para tratar de separar las experiencias con adolescentes que fueran abusivas de las que tenderían a ser consensuales (Finkelhor, 2005, p.116).

En Cortés, Cantón y Cantón-Cortés (2010), se evidencian estudios internacionales que dan cuenta de tasas de prevalencia de ASI que oscilan entre un 7% y un 36% en las mujeres, y entre un 3% y 29% entre los hombres, lo cual evidencia la repercusión social de esta problemática de salud pública. En el mismo se presenta un reciente meta análisis de 65 estudios con muestras de 22 países, el cual informa de una prevalencia media del 19,2% en las mujeres y del 7,4% en los hombres. Otro estudio de 1997 (revisión de 15 investigaciones), se encontró una prevalencia de 22,3% para mujeres y 8,5 % para hombres. En la mayoría de los estudios, la edad media en la que se inicia el abuso son los 10 años (MINSAL, p. 14).

En cuanto las consecuencias psicológicas, estudios epidemiológicos, demuestran que la situación de abuso va acompañada de posteriores malestares psicológicos en la mayoría de las víctimas, los cuales pueden perdurar a lo largo del ciclo evolutivo, y configurar los llamados efectos a largo plazo (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, en Pareda, 2010 p. 2).

Barudy (1998) menciona que entre las consecuencias de esa situación aparecen síntomas angustiosos y de miedo, además de un proceso que llaman alienación sacrificial el cual consiste en la adaptación de la NNA a la situación abusiva, debido muchas veces a la dependencia del abusador, además el proceso de sumisión y de manipulación que este les impone. Por lo que le ha llamado proceso de vampirización a este caso, donde la víctima al verse sin posibilidad de

reconocerse como tal, cambia poco a poco la imagen de sí misma, adjetivándose cualidades negativas como mala o sinvergüenza ha inducido la situación. Estas consecuencias son las que producen efectos a largo plazo.

Si bien los efectos a largo plazo son menos frecuentes que los efectos iniciales, el abuso sexual constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de trastornos psicopatológicos en la edad adulta (Flitter, Elhai y Gold, 2003, en Pareda, 2010, p. 2).

“Cabe señalar que la información actualmente disponible no permite confinar la experiencia de abuso sexual infantil a un único síndrome o a un conjunto de síntomas diferenciados” (Flitter et al., 2003, en Pareda, p.3), sin embargo, en el estudio llevado a cabo por Pareda (2003), se agrupan los distintos síntomas con el fin de facilitar, la comprensión de diferentes resultados, destacando el trastorno depresivo y bipolar dentro de las consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil (Alexander, Anderson, Brand, Schaeffer, Grelling y Kretz 1998); Cukor y McGinn (2006); Hill et al. (2000); Liem y Boudewyn (1999); Molnar, Buka y Kessler (2001); Nelson et al. (2002); Owens y Chard (2003); Swanston et al. (2003) Población universitaria: Porter y Long (1999) Población clínica: Gladstone, Parker, Wilhelm, Mitchell y Austin (1999); Johnson, Pike y Chard (2001); Scherer Zavaschi, Graeff, Tatit Menegassi, Mardini, SimõesPires, Homem de Carvalho, Rohde y LaksEizirik, (2006); Vitriol, Vásquez, Iturra y Muñoz (2007); Zlotnick, Mattia y Zimmerman (2001); en Pareda, Beltrán).

En tanto, refractariedad al tratamiento en pacientes bipolares y ASI se relacionan en la variable numérica de las hospitalizaciones. “También se ha observado que las personas que han sufrido abuso sexual infantil tienen 3,73 veces más probabilidades de hospitalización psiquiátrica y, si han sido revictimizadas, la cifra asciende a 7,54 veces” (Kee-Lee, 2012, en Pérez, 2017, p. 382). “Otro estudio analizó una muestra de 3.407 personas diagnosticadas de trastorno bipolar: el

24% habían sufrido abusos sexuales en la infancia, una cifra que el propio autor del estudio señala que seguramente esté regulada a la baja” (Maniglio, 2013, en Pérez, 2017, p. 382).

## **2.5 Experiencia Reparatoria**

Al ser el ASI un tipo de trauma de gran variabilidad sintomática, uno de los elementos principales para el proceso reparatorio, es la oportuna intervención tanto de terapias formales (psicoterapia principalmente), como informales (reacciones de la familia y la comunidad). Los efectos de las experiencias traumáticas crónicas dependen, por un lado, de las características del trauma y de la etapa evolutiva en que se encuentra la víctima cuando estas ocurren y, por el otro, de cuánto tiempo ha transcurrido desde las situaciones dolorosas que sucedieron y el momento en que comienza la intervención (Intebi, 2012).

Intebi (2012) al referirse a la intervención reparadora con niños/as y adolescentes, expone la importancia del trabajo multidisciplinar e intersectorial para poder controlar y disminuir los factores de riesgo y al mismo favorecer y estimular los factores protectores, reparando los efectos de desprotección que pudiese haber provocado el abuso, plantea además las fases del abordaje de experiencias traumáticas crónicas en niños y niñas que se exponen a continuación:

La primera fase asegura un entorno protector, tanto en el diario vivir de la víctima, como dentro de las intervenciones; la segunda fase se refiere al comienzo del trabajo terapéutico, donde lo más importante es el establecimiento de la alianza; en la tercera fase se reconoce la importancia del lenguaje utilizado, buscando un lenguaje o código que permiten abordar y poner en manifiesto el componente emocional asociado al abuso, esta es una fase de exploración y manejo de las emociones por lo que el terapeuta brinda herramientas para lograrlo; la cuarta fase, por otro lado, se posibilita conectar e integrar el acontecimiento traumático a la historia de vida; y por último la quinta fase se trabaja con recursos que fomenten la reparación y la resiliencia futura.

Se exponen las fases de una intervención, pues el objetivo primero de estas no es la eliminación de la sintomatología o comportamientos que generan el abuso, sino que es la eliminación de los factores externos que han generado el trauma y la importancia de la integración de los aspectos personales que se encuentran disociados para prever consecuencias a largo plazo. Por lo que la interrupción del abuso es crucial para el posible desarrollo de trastornos psiquiátricos, como el trastorno bipolar.

Por otro lado, como se manifiesta anteriormente la segunda fase es relevante, ya que implica diferenciar una relación abusiva de una protectora. Para el establecimiento de la alianza terapéutica, el proceso relacional estará enmarcado en el buen trato, en una jerarquía de protección, donde el uso del poder estará al servicio del bienestar del niño/a, reconociéndose/a como un legítimo otro y donde él o ella podrá hablar y ser escuchado, lo que permite legitimar sus vivencias. En el contexto de la psicoterapia individual, el terapeuta ejerce hacia el niño el rol de un adulto con el que se puede relacionar de manera sana y segura, de esta manera se pretende que el niño recupere la confianza básica en sí mismo y aprenda a relacionarse de manera adaptativa con otros adultos y con sus iguales (Urquiza y Winn, 1994).

Lo anterior se puede extrapolar, no sólo a la relación con el terapeuta, en casos de experiencias reparatorias informales, también es importante un contexto interaccional protector, distinta a la relación abusiva que fue vivida, donde se visualice a la persona, lo que por sí mismo, ya es reparador, además de contener y aceptar vivencias del niño/a.

El ambiente social contenedor apoya a la persona desde su etapa de organización de sí misma, en el sentido de la relación de significado que la persona establece con su entorno y con otros; siendo esencialmente un ambiente de crecimiento y desarrollo, que contiene con firmeza y calidez y así facilita la evolución en las diferentes etapas del desarrollo (Sepúlveda, 2013, p. 222).



Los focos terapéuticos específicos en cuanto a la reparación del abuso también son importantes de considerar. En Llanos (2012) se presentan los siguientes.

1. La creación de un marco comunicacional que permita integrar el abuso. El creer a la víctima, la flexibilidad en la forma de abordar el abuso, la deconstrucción del discurso que mitifica el abuso, contención y elaboración de los sentimientos asociados a la situación adversa y la graduación emocional.
2. Clarificación de los efectos del abuso. Contextualización de los efectos, identificación de estrategias de supervivencia y superación de los efectos del abuso e identificación de áreas libre de abuso.
3. Reconstrucción de la imagen positiva de sí mismo: Autovaloración, desculpabilización y desarrollo de la competencia personal.
4. Desarrollo de un estilo de vida constructivo. Establecimiento de relaciones no abusivas, lo más ligado a la reparación y resiliencia.

El proceso de reparación que contempla la intervención con los cuidadores del niño/a ayuda a superar de mejor forma la situación de abuso para adoptar estrategias urgentes de afrontamiento y brindar seguridad y protección por lo que se tiene que considerar el contacto con los servicios sociales o con el sistema legal, además de brindar herramientas para afrontar la situación, como el asesoramiento psicoeducativo.

Los primeros momentos tienen un valor crítico, así por ejemplo la reacción negativa de la familia ante la revelación del abuso por parte del menor, cómo no dar crédito a su testimonio o culparlo de lo ocurrido, puede impedir su recuperación, al no darle el apoyo emocional necesario, e incluso agravar su sintomatología (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011, p. 472).

Según Dolan (1997) en Llanos (2012), hay tres etapas de la reparación de ASI: la primera corresponde a reconocerse como víctima, aceptando la diferencia jerárquica y abuso de poder al que estuvo sometido/a en el pasado; la segunda, reconocerse como sobreviviente supone identificar los recursos personales que han permitido que se protejan del abuso y sobrepongan a los efectos a largo plazo (empoderamiento); y la última etapa conceptualizada como celebrar la vida, considera imaginar un futuro posible sin la influencia del abuso como factor determinante en la propia vida, recuperando el control de su vivir, ya que se integra en el continuo de la vida, armando una historia de vida donde se considera como un evento, pero no como un determinante que creó su historia.

Es fundamental para el proceso de reparación superar la culpa que produce una situación de abuso, por lo que la primera etapa de reconocerse como víctima permite comenzar a vencer este sentimiento ayudando a legitimar el sufrimiento sentido. La segunda etapa de reconocerse como sobreviviente significa avanzar desde la conceptualización de víctima a sobreviviente, lo que supone no estar condenado a padecer los efectos del abuso toda la vida. “Reconocerse como víctima en el pasado y reconocerse como sobreviviente en el presente son etapas que se superponen dentro de un proceso terapéutico, de modo que suelen avanzarse en ambas en forma alternada” (Llanos, 2001, p.4).

Las consecuencias de ASI son de gran variabilidad y complejidad, por lo que reducir el trauma que genera es contraproducente, es por esto que revisamos el impacto traumatológico del abuso sexual infantil según Finkelhor & Browne (1985), este modelo postula que las experiencias de abuso sexual pueden analizarse en términos de cuatro factores causantes del trauma, a esto se domina dinámicas traumatológicas, las cuales corresponden a sexualización traumática, traición, impotencia y estigmatización. Es la conjunción de estas cuatro dinámicas lo que hace único al

trauma por abuso sexual y lo que lo diferencia de otros traumas en la niñez. A continuación, se describe en qué consiste cada una:

- La sexualización traumática se refiere a un proceso en que la sexualidad de un niño o niña se forman de una manera inapropiada tanto en su desarrollo como en su contexto interpersonal, como el resultado de ASI.
- La traición hace referencia a la dinámica en la cual los niños descubren que alguien de quien dependían les ha causado daño.
- La impotencia o lo que también suele ser llamado privación de poder, es decir, la dinámica en la que la víctima se hace impotente se refiere al proceso en el que la voluntad del niño(a), sus deseos y su sentido de eficacia han sido infringidos.
- La estigmatización corresponde a la dinámica final y se refiere a las connotaciones negativas que se les comunica a los niños(as) respecto a las experiencias vividas y que luego se hacen parte de la auto-imagen del menor, por ejemplo, la maldad, la vergüenza y la culpa.

En cuanto a la traición, el niño puede sentirse traicionado no sólo por el agresor, sino también por su familia, que no fue capaz de protegerlos del abuso o que no les creyó, o aún peor cambió su actitud luego de haber descubierto el abuso. A lo referido a la impotencia, una situación en la que un niño revela lo que ocurre y nadie le cree también puede generar un alto grado de impotencia. Finalmente lo referente a la estigmatización los niños y niñas pueden verse adicionalmente estigmatizados por personas en su contexto que ahora imputan otras características negativas a la víctima, como resultado del abuso, por ejemplo, una moral dudosa o una especie de mercancía estropeada.

La mención anterior, es muy importante puesto que enfatiza en la relevancia que tiene la reacción de los cuidadores, familia y entorno cercano en los efectos que tenga el abuso en los

niños a corto y largo plazo. Creer, acoger, contener y aceptar al niño luego de la revelación es trascendental para el proceso de reparación que vive la víctima. “La reacción social y familiar ante la agresión sexual infantil (victimización primaria), puede llegar a ser más dañina que el propio atentado, proceso que se ha denominado victimización secundaria” (Pool, 2006, p. 47).

### **3. Marco metodológico**

#### **3.1 Diseño**

En este estudio se utilizó una metodología cuantitativa, en la cual se realizó un análisis estadístico de las diversas tipologías de maltratos en la infancia, en específico el abuso sexual infantil (ASI) recolectadas en el CTQ-SF, además de considerar la variable numérica de las hospitalizaciones (correspondientes a refractariedad) en trastorno bipolar. A través del análisis de los resultados del CTQ-SF, se desarrolla una investigación del tipo exploratorio y descriptivo, correspondiendo a un estudio correlacional y retrospectivo, debido que se analizaron si existe una correlación en haber sufrido ASI y un mayor número de hospitalizaciones.

#### **3.2 Participantes**

Los pacientes en estudio corresponden a individuos que se encuentren ingresados al sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) con diagnóstico de Trastorno Bipolar, y que hayan registrado al menos un control en prestadores de salud tanto del sistema público como del sistema privado en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar. De esta forma se espera acceder a una muestra de pacientes con diferentes grados de adherencia a tratamiento y heterogeneidad en cuanto a nivel socioeconómico y nivel educacional.

##### **3.2.1 Criterios de inclusión**

- Ser mayor de 18 años.
- Haber completado proceso de consentimiento informado.
- Poseer diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar tipo I según criterios DSM IV- TR.
- Encontrarse en eutimia (sin clínica de fases anímicas depresivas o manía/hipomanía) al momento de la evaluación.

##### **3.2.2 Criterios de exclusión**

- Antecedente de patología neurológica asociada a disfunción cognitiva

- Antecedente de terapia electroconvulsiva durante los últimos 6 meses y consumo de drogas durante los últimos 3 meses.

### **3.2.3 Tamaño de la muestra**

Considerando un universo de aproximadamente 400 pacientes bipolares en control en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar, con un nivel de confianza del 95%, se estima una muestra necesaria de 153 individuos.

### **3.3 Procedimientos**

El ingreso de pacientes al protocolo de estudio será mediante el análisis de base de datos de personas ingresadas al sistema de garantías explícitas en salud (GES) con diagnóstico de Trastorno Bipolar, tanto de la red de salud pública (FONASA) como privada (ISAPRES). Todo paciente que haya registrado al menos un control asistencial en modalidad ambulatoria será invitado a ingresar al estudio e iniciar el proceso de consentimiento informado, donde recibirá información pertinente al proyecto de investigación, y se constatará clínicamente la autonomía para suscribir acuerdo de participación.

Completado procedimiento anterior, el paciente será evaluado por equipo clínico de investigación para constatar diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I mediante entrevista clínica estructurada (SCID-I). En la misma instancia se utilizarán escalas de impresión clínica sobre sintomatología anímica para confirmar estado de eutimia (ausencia de fases anímicas). Las escalas de sintomatología anímica que serán utilizadas serán: Hamilton Depression Scale-17, para sintomatología depresiva y Young Mania Rating Scale, para sintomatología de polaridad maniaca. Ambos instrumentos serán aplicados por médicos con formación clínica en salud mental (médico-psiquiatra o residentes de psiquiatría).

Una vez constatado el estado de eutimia, será medido el antecedente de trauma infantil a través de instrumento de auto-reporte Childhood Trauma Questionnaire – short form (CTQ-SF),

validado al español (Hernández, 2013). Dicho instrumento será aplicado en una sesión guiada por profesional del equipo de salud (médico, enfermera, psicólogo o asistente social) con objeto de ofrecer asesoría pertinente, además de obtener datos sobre edad y duración de presencia de trauma infantil, como información complementaria al cuestionario.

Finalmente se medirán variables clínico-asistenciales de relevancia en la historia natural de la enfermedad bipolar (número de hospitalizaciones), así como la presencia o ausencia de experiencia reparatoria de ASI y también se recabarán datos demográficos (como sexo y edad). A continuación, se describe la variable considerada en el diseño metodológico de la investigación:

Antecedente de Abuso Sexual Infantil (variable exposición): El antecedente de abuso sexual infantil será medido a través del Childhood Trauma Questionnaire Short-Form (CTQ-SF) en su versión de 28 ítems validada al español (Hernández, 2013). Dicho instrumento ha sido utilizado en numerosos estudios sobre población clínica con patologías psiquiátricas como esquizofrenia y trastorno bipolar.

### **3.4 Instrumentos de recolección de datos**

En este estudio se utilizaron dos instrumentos:

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) que mide los antecedentes de abuso sexual en la infancia, este es un instrumento de auto-reporte en su versión abreviada de 28 ítems validada al idioma español. El presente instrumento de auto-reporte provee un puntaje total, y cinco puntuaciones según diferentes dimensiones: negligencia física, negligencia emocional, abuso emocional, abuso físico y abuso sexual. El estudio de validación mostró adecuadas propiedades psicométricas, apoyando su confiabilidad y validez (Hernández, 2013).

Fichas clínicas de los pacientes en estado de eutimia que mantienen tratamiento en el Hospital del Salvador de Valparaíso y el Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, lo que da

acceso al número de hospitalizaciones para medir refractariedad al tratamiento de Bipolaridad tipo I.

### **3.5 Análisis de datos**

El análisis estadístico se realizó a través del software para análisis estadístico IBM SPSS. Utilizándose estadísticos descriptivos (frecuencias) así como la prueba no paramétrica de chi-cuadrado de Pearson ( $\chi^2$ ), para comparar los puntajes obtenidos en el CTQ-SF con las demás variables que están siendo analizadas en el estudio.



## 4. Resultados

A continuación, se mostrarán los principales resultados obtenidos durante la presente investigación acorde con los instrumentos utilizados. Para facilitar la comprensión de la información entregada esta será acompañada con algunos gráficos que den cuenta sólo de los resultados significativos para la investigación. Cabe destacar que los totales varían en cada tabla, producto de los datos perdidos dentro de la investigación.

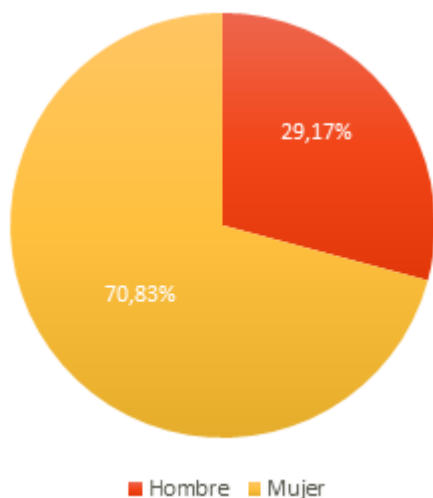
### 4.1 Caracterización de la muestra

Tabla 1

*Distribución de la muestra según sexo*

Sexo	Frecuencia
Hombre	28
Mujer	68
Total	96

Del total de 96 participantes, 28 corresponden al sexo masculino (hombres) y 68 al sexo femenino (mujeres). Lo que se grafica en la figura n°1, de la cual se desprende que el 70,83% de los sujetos estudiados corresponden al sexo femenino (mujeres) y un 29,17% al sexo masculino (hombres).



*Figura 1: Porcentaje de la distribución de la muestra según sexo.*

Tabla 2

*Distribución de la muestra según edad del diagnóstico*

Edad del diagnóstico	Media	Edad mínima	Edad máxima
	23,29	7	60

La edad media en que la muestra ha sido diagnosticada con TBI es de 23 años (23,29). A los 7 años ha sido la edad más temprana de diagnóstico y a los 60 años la edad más avanzada del mismo.

Tabla 3

*Distribución de la muestra según edad actual*

Edad actual	Media	Edad mínima	Edad máxima
	47,17	20	75

La edad media de los participantes durante el desarrollo del estudio se encuentra en los 47 años (47,17). La edad mínima se encuentra en los 20 años y la máxima edad en los 75 años.

#### **4.2 Distribución de vulneraciones durante la infancia según CTQ-SF en pacientes diagnosticados con TBI**

Tabla 4

*Distribución de los tipos de abuso expuestos en el CTQ - SF*

CTQ	Presencia	Ausencia
Abuso físico	24	80
Abuso emocional	33	71
Abuso Sexual	39	65

*Nota: n = 104 para cada grupo*

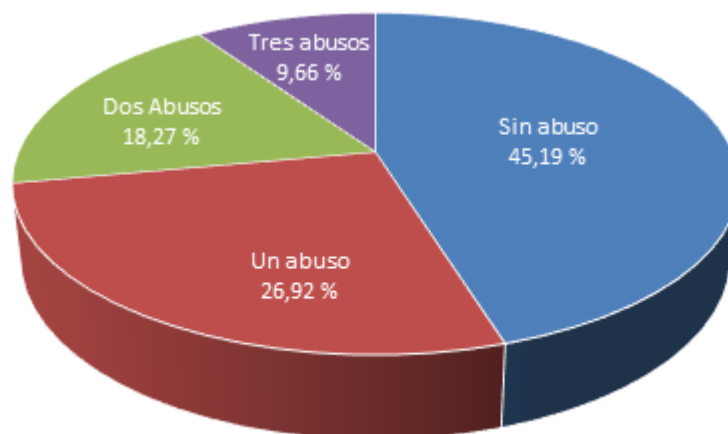
Según la información recogida en CTQ-SF, se evidencian 3 tipos de abusos sufridos en la infancia, los cuales son abuso físico, emocional y sexual, que según la muestra de 104 pacientes diagnosticados con TBI. 24 participantes presentan abuso físico y 80 no lo presentan. En abuso emocional hay 33 participantes que manifestaron haber vivido esta clase de abusos durante la infancia. 71 participantes refiere no haber vivenciado abuso infantil de ninguna de estas 3 categorías. Por último, para el abuso sexual infantil, son 39 las personas de la muestra que afirman haber sido vulnerados sexualmente durante la infancia y 65 reportan no haberlo experimentado.

Tabla 5

*Distribución de frecuencia según cantidad de tipos de abusos presentes en CTQ-SF*

Cantidad de Abuso	Frecuencia	Porcentaje
Sin abuso	47	45,19
Un abuso	28	26,92
Dos abusos	19	18,27
Tres abusos	10	9,66
Total	104	

En la tabla, se señala que de un total de 104 pacientes descritos en la muestra, 47 no refieren haber sido víctimas de ningún tipo de abuso, ya sea emocional, físico o sexual; 28 refirieron haber sido víctima de un tipo de abuso, ya sea emocional, físico o sexual; 19 manifiestan haber estado expuestos durante la infancia a 2 tipos de abuso, pudiendo ser cualquiera de las siguientes combinaciones de abuso a la que estuvieron expuestos: abuso emocional y abuso sexual, abuso físico y abuso sexual o abuso físico y abuso emocional. Por otro lado, 10 de los participantes estuvieron insertos en contextos donde fueron vulnerados durante su niñez y/o adolescencia a los tres tipos de abuso referidos (abuso emocional, abuso físico y abuso sexual).



*Figura 2: Distribución según la cantidad de abusos presentes en pacientes diagnosticados con TBI.*

El 26,92% manifiesta haber vivenciado un tipo de abuso, el 18,27% de la muestra refiere haber estado expuesto a dos tipos de abuso y el 9,66% señala haber tenido en la infancia estos tres tipos de abuso.

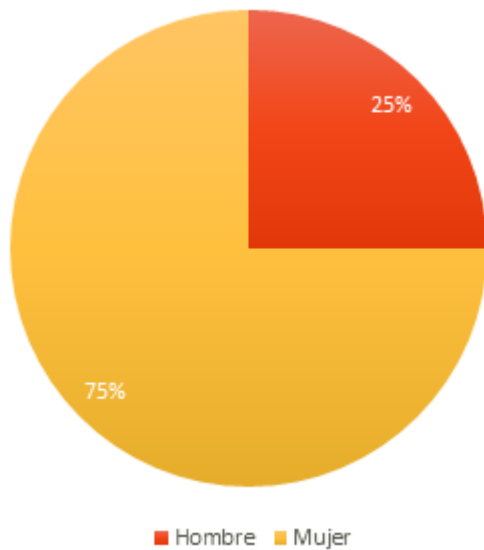
Tabla 6

*Distribución por sexo de los pacientes con diagnóstico TBI que presentan ASI*

Sexo	Presencia de ASI	Porcentajes
Hombre	9	25%
Mujer	27	75%
Total	36	100%

En la tabla se expone que son 9 los hombres que han vivido abuso sexual infantil y 27 las mujeres que refieren haber sido vulneradas sexualmente durante la infancia o juventud. De esto

se desprende que un total de 36 pacientes han sido víctimas de abusos sexuales durante su infancia. Por lo mismo, como se grafica en la figura n° 3, el 75% de las participantes de sexo femenino (mujer) ha sido víctima de ASI y el 25% de los participantes de sexo masculino (hombre) ha sido víctima de ASI.



*Figura 3: Porcentajes según sexo de los pacientes con diagnóstico de TBI que han sufrido ASI.*

### 4.3 Distribución del número de hospitalizaciones de los pacientes con TBI

Tabla 7

*Frecuencia de hospitalizaciones por rango.*

Rango de hospitalizaciones	Frecuencia de hospitalizaciones
0 o 1	31
2 o más	57

En la tabla se muestra que 31 pacientes de la muestra han tenido 0 o 1 hospitalizaciones.

Mientras hay 57 participantes en la muestra, que han tenido dos o más hospitalizaciones.

Tabla 8

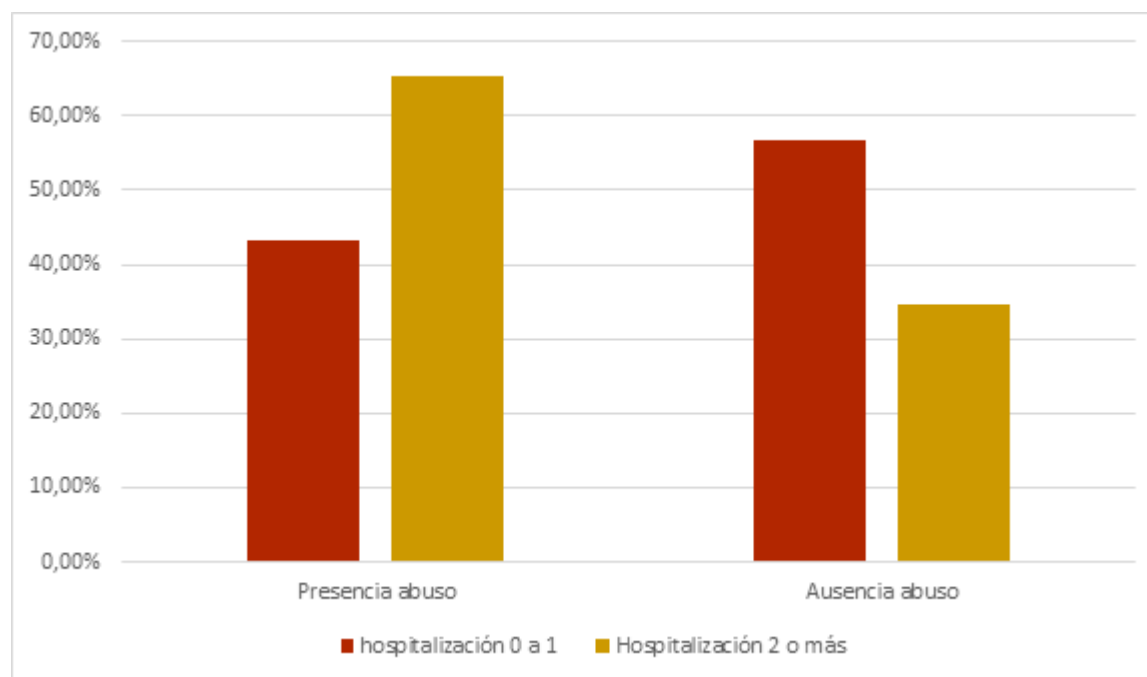
*Hospitalizaciones por rango relacionadas con la presencia o ausencia de ASI*

Rango de hospitalizaciones	ASI				Total (n)	Total (%)
	Presente		Ausente			
	n de personas	Porcentaje (%)	n de personas	Porcentaje (%)		
0 o 1	13	15,85	17	20,73	30	36,59
2 o +	34	41,46	18	21,95	52	63,41
Total	47	57,32	35	42,68	82	100

En esta tabla, se muestra dentro de la frecuencia que 13 personas que han sido víctimas de ASI en su infancia o adolescencia y que han tenido un rango entre 0 o 1 hospitalización desde que fueron diagnosticadas con TBI; mientras son 34 las personas que han estado expuestas a violencia sexual en su infancia o adolescencia y que estuvieron en un rango de 2 o más hospitalizaciones, por lo que el total de aquellos que señalan haber sufrido de ASI es de 47 hospitalizaciones. Por otro lado, hay 35 participante que no refieren haber sido vulnerados sexualmente durante la infancia o adolescencia, siendo 17 los que presentan una o ninguna hospitalización y 18 los que han sido hospitalizados 2 o más veces desde su diagnóstico. Por lo que el total de aquellos que no han sufrido ASI es de 35 hospitalizaciones. En base a la prueba chi-cuadrado de Pearson ( $\chi^2$ ), se observa que no existe una relación estadísticamente significativa



entre el rango de hospitalizaciones y la presencia o ausencia de ASI  $\chi^2(1, n = 82) = 3,781; p = 0,066$



*Figura 4: Número de hospitalizaciones por rango y la presencia o ausencia de ASI.*

De los participantes que señalaron haber sufrido ASI, el 43,33% ha tenido 0 o 1 hospitalización, mientras que el 65,38% ha presentado 2 o más hospitalizaciones. Del mismo modo, aquellos que refirieron no sufrir ASI, el 56,67% ha tenido 0 o 1 hospitalización y el 34,62% presentó 2 o más hospitalizaciones.

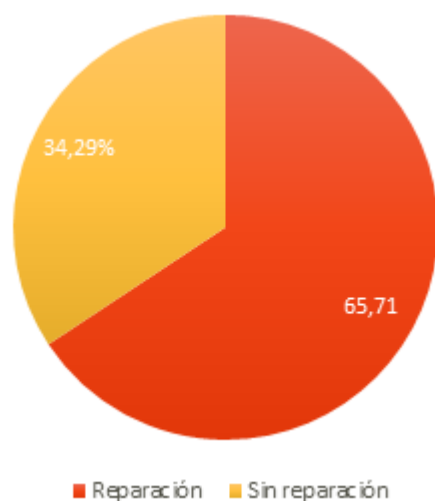
#### 4.4 ASI y experiencia reparatoria

Tabla 9

*Frecuencia de presencia o ausencia de experiencia reparatoria de los participantes que sufrieron ASI*

Tipos de abuso	Reparación	No reparación	Total
Abuso sexual infantil	23	12	35

De un total de 35 participantes que fueron víctimas de ASI, 23 de ellos señalan haber tenido una experiencia reparatoria de este abuso y 12 de ellos refieren no haber tenido reparación de este.



*Figura 5: Distribución de población con ASI, según haber o no tenido una experiencia reparatoria.*

El 67,71% tuvo una experiencia reparatoria y el 34,29% no tuvo experiencia reparatoria.

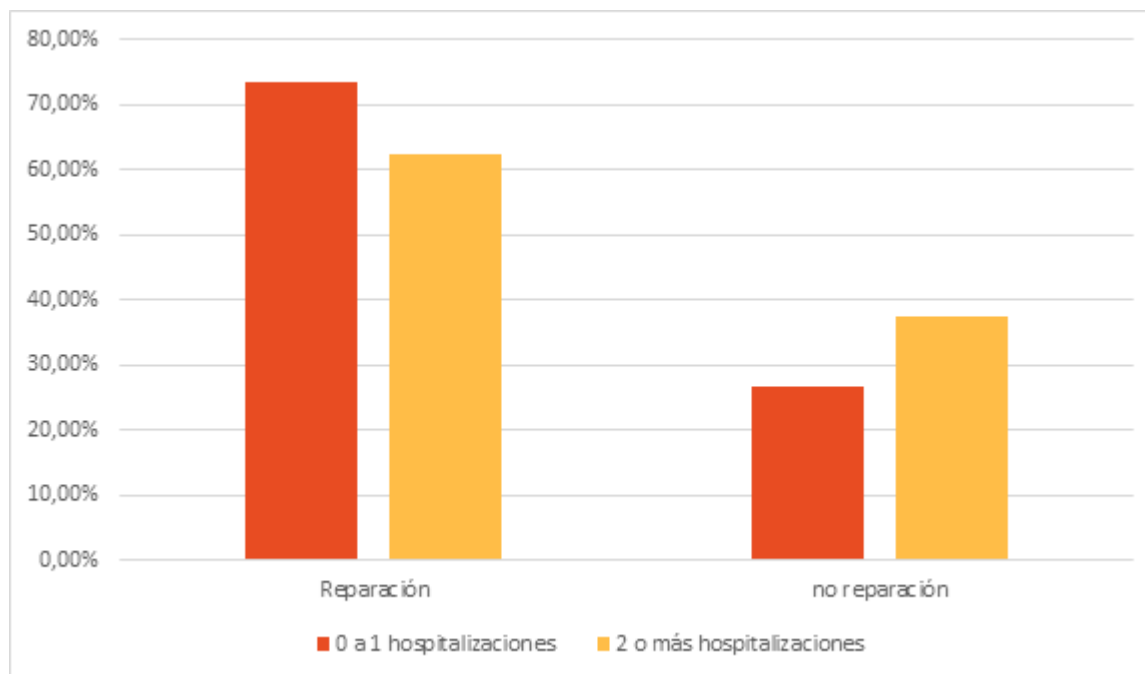
#### 4.5 Refractoriedad medida en n° de hospitalizaciones y presencia de experiencia reparatoria del ASI

Tabla 10

*Rango de hospitalizaciones según la presencia o ausencia de tener una experiencia reparatoria de ASI.*

Rango de hospitalizaciones	Experiencia reparatoria				Total (n)	Total (%)
	Presente		Ausente			
	n de personas	Porcentaje (%)	n de personas	Porcentaje (%)		
0 o 1	11	35,48	4	12,90	15	48,39
2 o +	10	32,26	6	19,35	16	51,61
Total	21	67,64	10	32,26	31	100

Se expone en la tabla 10, que de las 21 personas de la muestra que refieren haber tenido una experiencia reparatoria de ASI, 11 quienes presentan una o ninguna hospitalización y 10 quienes presentan 2 o más hospitalizaciones. Por otra parte, son 10 aquellos que refieren no haber vivido una experiencia reparatoria, siendo 4 quienes presentan una o ninguna hospitalización y 6 quienes presentan dos o más hospitalizaciones. Con un total de 31 participantes. En base a la prueba chi-cuadrado de Pearson ( $\chi^2$ ), se observa que no existe una relación estadísticamente significativa entre el rango de hospitalizaciones y la presencia o ausencia de experiencia reparatoria  $\chi^2(1, n = 31) = 0,416, p = 0,704$



*Figura 6: número de hospitalizaciones según rango y haber o no tenido una experiencia reparatoria de ASI.*

De los pacientes que mencionaron haber tenido experiencia reparatoria de ASI, el 73,33% ha tenido 0 o 1 hospitalización, mientras el 62,5% ha presentado 2 o más hospitalizaciones. De la misma forma, de los participantes que no manifestaron haber tenido una experiencia reparatoria de ASI, el 26,67% ha tenido 0 o 1 hospitalización y el 62,5% ha presentado 2 o más hospitalizaciones.

Pese a que no existe una diferencia estadísticamente significativa que permita establecer que existe una relación entre las variables medidas, es observable en el gráfico de barras que al haber experiencia reparatoria, el rango de hospitalizaciones inferior (0 a 1) es mayor a al rango superior (2 o más), mientras que al no haber experiencia reparatoria los rangos de hospitalizaciones de inferior (0 a 1) es menor al rango superior (2 o más). Por lo que desde la interpretación descriptiva de estos resultados, el haber tenido una experiencia reparatoria, puede tener cierta implicancia en la cantidad del número de hospitalizaciones de los pacientes con TBI.

## 5. Discusión

Tomando en consideración el objetivo principal de la presente investigación, a raíz de los instrumentos utilizados y del análisis de los resultados, se presenta a continuación las discusiones relacionadas con cada hipótesis alternativa.

### 5.1 Discusión hipótesis

#### 5.1.1 Los pacientes que han sufrido ASI, tienen mayor número de hospitalizaciones, que aquellos que no han sufrido ASI

En relación a la primera hipótesis de la investigación, se observa en los resultados que en la muestra de pacientes no existiría una relación estadísticamente significativa entre el rango de hospitalizaciones y la presencia o ausencia de ASI, teniendo un valor  $p = 0,066$ , lo que implicaría que no existe relación alguna entre las variables. Esto puede deberse a varias razones, la primera refiere a lo que lleva a los pacientes con TBI a ser hospitalizados, que son principalmente las descompensaciones de patología psiquiátrica (en fase maníaca o depresiva) y el riesgo suicida. Son relevantes los gatillantes ambientales, que activan esta mayor sensibilidad y fluctuación del estado de ánimo, característico de TBI. Es posible que no haya una correlación dado que pese haber tenido episodios repetitivos e intensos de ASI, se hayan activado factores protectores en el ambiente.

Lo segundo a mencionar, es la multicausalidad por el cual se puede desarrollar un trastorno del estado del ánimo, como lo es el TBI, donde es importante considerar un espectro completo de maltratos que se pueden haber vivenciado en la infancia, como mencionamos en el marco teórico, considerando no sólo el abuso sexual, sino la violencia tanto física, sexual y psicológica, además de negligencias emocionales y físicas. Al considerar la ecología del funcionamiento humano se desprende que los niños víctimas de conductas negligentes por parte de sus padres y los discursos que la acompañan producen efectos a corto y mediano plazo. Estos

son el desarrollo en las víctimas de un sentimiento de inferioridad, baja autoestima de sí mismo, un sentimiento de inadecuación, así como de tristeza y ansiedad crónicas (Cantwell, 1980, Garbarino, 1980, en Barudy, 1998). Lo que con el tiempo puede traducirse en trastornos psiquiátricos del estado del ánimo. “Muchos pacientes adultos que presentan trastorno depresivo pueden ser ayudados si se conduce a establecer vínculos entre el contenido de sus síntomas y sus experiencias infantiles de negligencia y carencias afectivas” (Barudy, 1998, p. 104). Una de las principales causas de la depresión infantil es la privación afectiva, la cual puede estar enmascarada de otros trastornos del comportamiento (M.L. Blumberg, 1981; en Barudy, 1998). Por lo que, es posible suponer que la cronicidad de la experiencia traumática pueda influir en el desarrollo de un trastorno del ánimo, como la bipolaridad tipo I, en especial si no hubo alguien que acogiera el relato de haber sufrido abuso, pues ahí se encontraría parte de lo que consiste una privación afectiva.

Por otro lado, otro factor que puede influir, que no se cumpla la hipótesis corresponde a la presunta naturalización del maltrato en la población muestral, como se mencionó anteriormente la población promedio fue de 47,17 años. Esta parte de la muestra corresponde contextualmente a una población infantil en la cual los malos tratos eran invisibilizados producto de los mecanismos adultocentristas que operaban con mayor fuerza en el contexto social de la época.

Los procesos sociales vividos en Chile durante la época de 1973 hasta 1990, suscritos a ideologías autoritarias y totalitarista facilitaron la contextualización de dinámicas represivas, ya que el macrosistema que representa los valores culturales y sistema de creencias, se encuentra permeado por eventos históricos que influyen en el sistema familiar y contextual (Faundez, 2013).

“Así, una serie de modelos de comportamiento, imágenes, guías y representaciones, sirven de referencia los miembros de una familia en lo que concierne a

sus comportamientos, roles y relaciones sociales. Esto no es siempre equitativo y las imágenes-guía dominantes no corresponden siempre al interés de todos los miembros del sistema. Ciertas ideologías aún dominantes en la sociedad, tales como el machismo y el adultismo, estarán la base de comportamientos violentos y abusivos de los adultos de la familia” (Barudy, 1998, p. 5).

Cabe mencionar, que es posible que existan bastantes personas que hayan vivido ASI y que no lo reportan, ya que dada la intensidad y cronicidad de la experiencia, la validación y legitimación por mecanismos antes descritos y dinámicas traumatogénica estigmatizantes, los pacientes podrían no mencionar haber sido víctima de esta vulneración de derechos.

“A diferencia del abuso físico, donde las experiencias extremas eran de dolor, el miedo y la impotencia, las experiencias extremas en caso de abuso sexual, son de goce sexual, la manipulación de los lazos afectivos, un discurso culpabilizante, así como la obligación del silencio y del secreto” (Barudy, 1998, p. 243).

Los efectos traumáticos producidos por esta situación se manifiestan en respuestas de angustia y miedo además de comenzar un proceso que Barudy llama alienación sacrificial que acaba en un proceso de vampirización, explicado en el marco teórico, lo que corresponde a estos efectos a largo plazo, ya que las prescripciones del abusador y la manipulación afectiva alteran sus percepciones y emociones del entorno, creando una distorsión de la imagen que tienen de sí mismo, del mundo y de sus propias capacidades afectivas, lo que puede provocar disociación de tal experiencia o invisibilización de la misma.

**5.1.2 Los pacientes que han sufrido ASI y que han tenido una experiencia reparatoria de este, tienen menos hospitalizaciones que aquellos que no han tenido una experiencia reparatoria en pacientes con TBI.**

En relación a la segunda hipótesis, se observa que no existe una relación estadísticamente significativa entre el rango de hospitalizaciones y la presencia o ausencia de experiencia reparatoria. Sin embargo, la potencia estadística ( $p= 0,704$ ) indica que sí existe una correlación directa entre las variables. Estos resultados pueden ser producto del tamaño muestral poco representativo cuantitativamente, debido a que si bien la muestra inicial es de 100 participantes aproximadamente, se reduce significativamente el tamaño muestral al extraer del grupo solo aquellos que fueron víctimas de ASI, considerando también los datos perdidos, quedó reducido el grupo a 21 participantes que reportan tener una experiencia reparatoria y 11 que no lo hacen.

Por otro lado, el resultado también pudo verse mediado por la falta de información recopilada en cuanto a la variable de experiencia reparatoria. Ya que, al entender la experiencia reparatoria como toda práctica o conocimiento, tanto formal como informal, que ayuda a la víctima a superar el trauma producido por el abuso, se desprenden varios aspectos importantes a considerar. Algunos de los cuales no fueron cubiertos completamente por la investigación, por limitaciones del instrumento utilizado y falta de información que proporcionó para esta variable, lo cual será abordado específicamente en el siguiente apartado.

Pues, si bien, el análisis estadístico no arrojó resultados significativos, si se puede constatar diferencias observables de modo descriptivo (Figura 6) y a partir de la potencia estadística. Por tanto, no se puede aceptar la hipótesis nula que dice relación con una nula influencia de la experiencia reparatoria en la refractariedad al tratamiento (medido como número de hospitalizaciones) en pacientes diagnosticados con TBI. Debido a lo expuesto, se puede afirmar que se cumple parcialmente la hipótesis alternativa, por lo que es importante que en



futuras investigaciones las cuales involucran estas variables, se pudiesen ampliar los sistemas de búsqueda de muestra a otros dispositivos para aumentar el tamaño muestral y tener la posibilidad de confirmar estadísticamente la relación entre experiencia reparatoria y refractariedad, medida como el número de hospitalizaciones. Podemos suponer que en el caso de los pacientes con TBI, que han sido víctimas de ASI y que han tenido una experiencia reparatoria, han tenido experiencias que les han permitido tener una mejor regulación emocional, lo que influye en el manejo de síntomas, reduciendo las descompensaciones y por lo tanto, el n de hospitalizaciones.

## **5.2 Discusión de las limitaciones de la investigación**

Son limitadas las investigaciones en nuestro país que hagan una revisión de los diferentes instrumentos de medida que se emplean actualmente en la evaluación de las experiencias traumáticas tempranas. A nivel internacional, en los últimos años, diferentes autores han llevado a cabo revisiones sobre los instrumentos de evaluación de traumas tempranos (véase Burgermeister, 2007; Roy y Perry, 2004; Thabrew et al., 2012 en Ordoñez et cols). Si tenemos en cuenta los instrumentos que evalúan varios tipos de experiencias traumáticas, los más utilizados que han aportado adecuadas propiedades psicométricas y que han sido adaptados y validados al castellano son Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Bernstein, Ahluvalia, Pogge y Handelsman, 1994) y el Early Trauma Inventory (ETI) (Bremner, Vermetten y Mazure, 2000).

La batería utilizada en esta investigación es The Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF), compuesta solo por 28 ítems, mientras que la versión larga consta de 70 ítems que entregan diversos factores de información que la versión resumida puede pasar por alto.

Por otra parte, el otro test mencionado, The Early Trauma Inventory (ETI) (Bremner et al., 2000 en Ordoñez et. cols en Ordoñez et. cols) ha sido desarrollado para la evaluación de distintos tipos de abuso como el abuso sexual, físico y emocional- y otros traumas -como ser testigos de actos violentos-. Este elemento podría haber otorgado nuevas dimensiones dentro de

la investigación que se realizó y que lamentablemente dentro del CTQ y CTQ-SF no son tomadas en cuenta.

Otro acercamiento de futuras líneas de investigación en el ámbito clínico, está de la mano con estudios a través de metodologías cualitativas que aporten en nuevas visiones, desde la profundización en aspectos cercanos al planteamiento teórico de esta investigación. En este sentido, se podrían realizar estudios de caso, que aborden a poblaciones más específicas, por ejemplo, estudiar el efecto de una terapia reparatoria en pacientes que no tengan experiencia reparatoria y hayan sufrido ASI.

### **5.3 Discusión de implicancias en psicoterapia**

En relación a los alcances del estudio, se infiere la relevancia para la práctica de la psicología clínica, ya que reparar los efectos de traumas vividos en la niñez y adolescencia es una de las labores del psicólogo, por lo que considerar la experiencia reparatoria es relevante para los efectos a corto y largo plazo en la persona. La experiencia reparatoria en niño, niña y adolescente (NNA) víctimas de ASI u otro tipo de maltrato en la infancia se debe al impacto de ésta en la sintomatología de los pacientes, siendo un factor protector o bien de riesgo para desarrollar con el paso del tiempo algún trastorno del estado del ánimo. La aceptación y contención por parte de la figura significativa del NNA ante la develación del abuso (que entendemos en este estudio como, experiencias reparatorias informales) demostró ser una de las variables predictivas más importantes en los síntomas ansiosos y depresivos que informan víctimas de ASI como lo han demostrado en un análisis multivariado realizado por Spaccarelli y Fuchs, (1997) en Cantón & Cortés (2003) de la forma en que el niño percibe el abuso sexual sufrido y su adaptación al mismo va a depender también, en gran medida, del apoyo que le presten sus cuidadores después de producirse la revelación “Puede ser especialmente importante para mitigar el desarrollo de

síntomas en ese momento de crisis y en el futuro, ya que puede hacer que las víctimas no se sientan condenadas, aisladas y estigmatizadas” (Cantón & Cortés, 2003, p. 40).

Por otro lado, se encuentra el impacto de la terapia reparatoria en la sintomatología asociada a las consecuencias de haber sufrido ASI. Las terapias reparatorias constituyen un tipo particular de práctica clínica y han ido conformando a partir de conceptos teóricos diversos y desde variados ámbitos en la medida que se ha proporcionado mayor atención en las personas afectadas por delitos especialmente violentos, como el abuso sexual infantil. “Los tratamientos cognitivo conductuales centrados en el trauma, combinados con terapia de contención y con elementos eclécticos (ej. terapia de juego) son los que obtienen mejores resultados en la disminución de sintomatología asociada al ASI” (Sánchez-Meca, Rosa Alcázar y López-Soler, 2011). Sinclair y Martínez (2006) exponen en su estudio la importancia de complementar las intervenciones especializadas con el niño(a) y su madre, con la generación de contextos reparadores, en que distintos actores sociales que se vinculan con el niño(a) puedan colaborar, directa o indirectamente, en la reparación de los efectos del abuso, contribuyendo así al imperativo ético de dar respuesta efectiva al sufrimiento de los muchos niños y niñas que han visto afectado su desarrollo por el abuso sexual.

Cabe mencionar, que el abuso como factor precipitante para desarrollar psicopatologías, dependen mucho de la cronificación y tipología (intra o extra familiar) del ASI. Barudy (1998) expone que a diferencia de otros traumatismos, en la mayoría de los casos, el abuso sexual infantil no se trata de un hecho único sino más bien de un proceso recurrente y progresivo, desencadenando un temor recurrente en el niño o niña ante la posible repetición, lo que amplía la angustia y agota las reacciones defensivas y lo que al mismo tiempo imposibilita a víctima a revelarlo. Por lo que es importante que en la práctica dentro de la psicología clínica se busque develar estos acontecimientos, utilizando herramientas adecuadas para trabajar, sin ser invasivos

con la vivencia de la persona y adquiriendo habilidades terapéuticas que favorezcan la resignificación. Por eso, es tan importante la resignificación y la superación, pues el objetivo central de la psicoterapia con víctimas de ASI se refiere a la superación y pasa por la resignificación de la experiencia y su integración a la identidad personal. Esto se logra a través de un proceso psicoterapéutico (Capella, 2011; en Capella y Gutiérrez, 2014).

Desde allí surge la necesidad de tener formación clínica especializada en infancia y en resignificación de malos tratos, teniendo especial cuidado con el proceso psicodiagnóstico incorporando la dimensión integral del daño, considerando dentro del plan de intervención las área de protección, área de daño socio-emocional (resignificación) y área de desarrollo (fortalecimiento de recursos). En este universo de sentidos, se hace presente de parte de los profesionales una mirada particular, considerando que transversalmente se remiten a sus propias prácticas profesionales, cobra un interés especial, el proceso de crítica reflexiva de parte de los profesionales, a propósito de sus procesos de empatía y sentido de trabajo cooperativo con los jóvenes en situación de vulneración de derechos y actualmente en procesos de intervención social y psicológica (Cáceres et cols, 2007).

## 6. Conclusión

En respuesta a la primera pregunta de investigación, los resultados presentados no muestran diferencias estadísticamente significativas entre las personas que tienen presencia o ausencia de ASI en los rangos de número de hospitalizaciones.

Asimismo, en respuestas a la segunda pregunta de investigación, los resultados presentados no muestran diferencias estadísticamente significativas entre tener presencia o ausencia de experiencia reparatoria en los rangos de número de hospitalizaciones.

En cuanto al aporte de esta investigación hacia otras futuras investigaciones es importante destacar los resultados tener presencia o ausencia de experiencia reparatoria de ASI en el rango de número de hospitalizaciones, pues pese a que nuestros resultados no son concluyentes, consta como un aporte a la investigación en esta temática, por la escasez de investigaciones que existen en relación a esto. Si se ampliara la muestra estudiada, existe la probabilidad de llegar a resultados estadísticamente significativos.

Es relevante indagar en la importancia que tiene la experiencia reparatoria en las víctimas de ASI, ya que puede ser un factor protector a tener en cuenta para disminuir la refractariedad, medida en el rango de número de hospitalizaciones, que un paciente pueda tener a lo largo de su vida, no solo por la reducción de los costos económicos y de recursos humanos que esto implica, sino también porque esto podría favorecer la calidad de vida de los pacientes en diferentes ámbitos: personal, académico, laboral y social, etc. (AUGE-MINSAL, 2013).

En este sentido, los psicólogos podemos ayudar desde varios aspectos, ya sea desde intervenciones psicoterapéuticas individuales o grupales, que puedan ser consideradas, experiencias reparatorias o el mayor desarrollo de investigación científica.

Por ejemplo, concientizar a los futuros psicoterapeutas para que se formen en intervenciones que puedan más que reparar, resignificar o superar la vivencia de ASI. A veces,

esto es dejado de lado en la psicoterapia, ya que el clínico tiende a asumirlo como irrelevante, ya que la fase en la que se encuentra la persona (depresiva o maníaca), no es gatillada por el evento, sino por el cuadro. De todos modos, sería importante acogerlo, ya que influiría en el manejo sintomático, evitando la descompensación psicopatológica a lo largo del ciclo vital.

La investigación empírica en psicoterapia con respecto a las víctimas de ASI, es escasa en NNA, tales variables permiten comprender el desarrollo de la sintomatología y tienen un impacto en la psicoterapia (factores mediadores y moderadores en los síntomas) y los factores comunes que inciden en el éxito de las psicoterapias, tales como alianza terapéutica, recursos del paciente, así como de la red familiar y comunitaria (Lambert, 1991; en Guerra y Arredondo, 2017). Por lo tanto, se busca que existan protocolos de intervención que ayuden al psicólogo clínico a tomar decisiones que estén basadas en investigaciones (Guerra y Arredondo, 2017).

En el caso de pacientes con TBI que han sufrido ASI, por ejemplo, sería pertinente que exista un protocolo de intervención, pues independientemente de que esto tenga o no relación en la emergencia del cuadro clínico, sí puede tener implicancias en el manejo de la sintomatología, evitando la caída en descompensaciones que lleven a nuevas hospitalizaciones.

Desde la realidad de nuestro país con respecto al ASI, han habido avances en las últimas décadas en el desarrollo de instituciones que apoyan a las víctimas de ASI, especialmente con la terapia de reparación pero no del desarrollo de investigación científica (Cáceres et cols, 2007). Para esto se necesita una mayor vinculación entre las instituciones académicas y los recintos que ayudan a las víctimas de ASI, sean tanto públicos como privados, ya que de la mano del avance científico es posible que se puedan desarrollar nuevas formas de tratamiento en apoyo a aquellas instituciones que trabajan con víctimas de ASI. Además, este tipo de políticas públicas no considera un trabajo enfocado en la persona que al mismo tiempo que fue víctima de ASI, tiene una psicopatología crónica como TBI, por eso, sería pertinente que se desarrollaran políticas que

consideren este espectro de la población, o que al menos puedan recogerla dentro de los modelos de intervención ya existentes.

## Referencias

- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagnely Lifante, A. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.).
- AUGE-MINSAL. (2013). *Trastorno bipolar en personas de 15 años y más*. Chile: Ministerio de Salud.
- Guía clínica MINSAL. (2014). *Detección y primera respuesta a niños, niñas, y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores*. Chile: Ministerio de Salud.
- Guía clínica MINSAL (2011). *Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual*. Chile: Ministerio de Salud. Fondo Unido para la infancia, UNICEF.
- Baita, S., Moreno P. (2015). *Guía de Abuso sexual infantil: Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. Montevideo, Uruguay. Unicef, Uruguay.
- Becoña E., Lorenzo, M. (2001) *Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar*, *Psicothema*. ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG 2001. Vol. 13, nº 3, pp. 511-522
- Bauer, I., Soares, J., Selek, S., & Meyer, T. (2017). *The Link between Refractoriness and Neuroprogression in Treatment-Resistant Bipolar Disorder*. In *Neuroprogression in Psychiatric Disorders* (Vol. 31, pp. 10-26). Karger Publishers. doi: 10.1159/000470803
- Cáceres, G., Alvarez, L., Arancibia, L., Bork., A. Gonzalez., D, Herrera., Y, Saavedra., I, Salinas., D, Toro y E, Valdebenito., C. (2007) "Diagnostico Situación de Abuso Sexual Infantil" Estudio descriptivo de magnitud y caracterización del abuso sexual infantil y explotación sexual comercial infantil en la V región de Valparaíso, Escuela de trabajo social PUCV en colaboración con ONG de desarrollo corporación Paicabi, Valparaíso, Chile.



- Cantón, J. y Cortés, M. (2003). *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Cantón, J., Cortés, M. (2014). *Malos tratos y abuso infantil: causas, consecuencias e intervención*. España: Editorial siglo XXI.
- Capella, C., & Gutiérrez, C. (2014). Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Sobre la reparación, la resignificación y la superación. *Psicoperspectivas*, 13(3), 93-105. doi:10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue3-fulltext-348
- CIGES-MINSAL. (2009). Estudio costo-efectividad de intervenciones en salud. Septiembre. Ministerio de Salud. Chile.
- Cortés Arboleda, M. Rosario, Cantón Duarte, J. y Cantón-Cortés, D. (2011). *Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas*. Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Granada, España. *GacSanit*; 25(2):157–165. Publicado por Elsevier España, S.L.
- DSM IV-TR 2000. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico Estadístico.
- Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2011) *Tratamiento Psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: Un enfoque integrador*. Universidad de País Vasco. España. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. Vol.19, N° 2 Pp.469-486.
- Faundez, X. (2013) *Transgeneracionalidad Del Trauma Psicosocial En Nietos exPP de la Dictadura Militar Chilena 1973-1990: Transmisión y Aproximación de la Historia DE PPT*. Tesis doctoral, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Finkelhor, D & Browne, A. (1985). *Conceptualización sobre el impacto traumático del abuso sexual infantil*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, October.
- Finkelhor, D. (2005). *El abuso sexual al menor*. Editorial Pax México. México.

- Fountoulakis, K. (2012). *Refractoriness in bipolar disorder: definitions and evidence-based treatment*. *CNS neuroscience & therapeutics*, 18(3), 227-237. doi: 10.1111/j.1755-5949.2011.00259.x
- Garno y cols. (2005). *Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder*. British: Br J Psychiatry 186 : 121-125)
- Guerra, C., & Arredondo, V. (2017). Investigación sobre psicoterapia en abuso sexual infantil: ¿Una tarea pendiente en Chile?. *Summa Psicológica UST*, 14(1), 1-11. doi: 10.18774/448x.2017.14.227
- Guerra, C. & Farkas, C. (2015). *Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿son importantes las características “objetivas” del abuso?*. Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista de Psicología. Vol. 24(2), Pág.1-19
- Hernandez et al (2013). *Initial validation of the spanish Childhood Trauma Questionnaire – Short form: factor structure, reliability and association with parenting*. Journal of interpersonal violence 28 (7) 1498-1518
- Intebi, Irene V. (2012) *Estrategias y modalidades de intervención en abuso sexual infantil intrafamiliar*. Edita Instituto Cántabro de servicios sociales. Cantabria.
- Janiri, D., Sani, G., Danese, E., Simonetti, A., Ambrosi, E., Angeletti, G., Erbutto, D., Caltagirone, C., Girardi, P. & Spalletta, G. (2015). *Childhood traumatic experiences of patients with bipolar disorder type I and type II*. Italy: Journal of affective disorders, 175, 92-97. doi:10.1016/j.jad.2014.12.055
- Kim, J. & Lee, S. (2016). *Influence of interactions between genes and childhood trauma on refractoriness in psychiatric disorders*. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 70, 162-169. doi:10.1016/j.pnpbp.2016.01.013

- Lermanda, V., Holmgren, D., Fuentes, C. & Guerra, D. (2010). *Uso de clozapina en trastorno bipolar refractario*. Chile: Revista chilena de neuro-psiquiatría, 48(4), 335-343. doi: 10.4067/S0717-92272010000500008
- Mao, R., Zhang, C., Chen, J., Guoqin, Z., Zhou, R., Wang, F, Jingjing, X., Yang, T, Yousong, Z., Huang, J., Zhiguo, W., Cao, L., Yong, W., Hu, Y., Yuan, C., Yi, Z., Hong W., Wang, Z., Peng, D., Yiru (2018). *Different levels of pro- and anti-inflammatory cytokines in patients with unipolar and bipolar depression*. ELSEVIER: China. P.65. Disponible en: [www.elsevier.com/locate/jad](http://www.elsevier.com/locate/jad)
- Mebarak, M., Martínez, M., Herrera, A., & Lozano, J. (2010). Una revisión acerca de la sintomatología del abuso sexual infantil. *Psicología desde el Caribe*, (25). Núm. 25, pp. 128-154. Universidad del norte. Barranquilla, Colombia.
- Morelato, G.,(2011) *Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia*. Pensamiento Psicológico. Universidad de Aconcagua, (Mendoza), Argentina. Volumen 9, No. 17, , pp. 83-96.
- N. Pereda Beltrán, (2010). *Consecuencias psicológicas a largo del abuso sexual infantil*. Universidad de Barcelona. Papeles del Psicólogo, 2010. Vol. 31(2), pp. 191-201
- Llanos, M., Singlair, A. (2001). *Terapia de Reparación en víctimas de abuso sexual*. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista Psykhé, Vol. N° 2, Pág.53-70.
- Ordóñez-Cambolor, N.; Lemos-Giráldez, S.; Paino, M.; Fonseca-Pedrerros, E; García-Álvarez, L.; Pablo Pizarro- Ruiz, J. (2014). *Relación entre psicosis y experiencias traumáticas tempranas*. España: Universidad de Barcelona. Facultad de psicología. Vol. 44 n° 3, 183-294. Anuario de psicología/ The UB journal of psychology.

- Ordóñez Camblor, N., Fonseca Pedrero, E., Paíno Piñeiro, M. D. L. M., García Álvarez, L., Pizarro Ruiz, J. P., & Lemos Giráldez, S. (2016). Evaluación de experiencias traumáticas tempranas en adultos. *Papeles del Psicólogo*
- Pérez, J. (2017). Guardar el Secreto: la Invisibilización del Abuso Sexual Infantil/Keeping the Secret. *Childhood Sexual Abuse and Mental Health. Kamchatka. Revista de análisis cultural.*, (10), 379-393. doi: 10.7203/KAM. 10.10565.
- Pool, A. (2006). *Análisis desde el modelo traumatogénico de los indicadores gráficos asociados a agresiones sexuales infantiles en la prueba de la persona bajo la lluvia. Chile.* Pontificia Universidad Católica de Chile. *Psyke*. Vol.15, número 001, Pág. 45-55.
- Retamal, P. (2010). *La enfermedad bipolar: una guía para conocer y enfrentarla.* Chile: Facultad de Medicina, Campus Oriente, Universidad de Chile.
- Ríos, U. (2016). *Evaluación de un modelo de interacción gen-ambiente en pacientes con trastorno bipolar tipo I en eutimia: Asociación entre trauma infantil y cognición social, y moderación de polimorfismos genéticos.* Chile: Hospital Psiquiátrico del Salvador.
- Sanchez-Meca J, Rosa-Alcazar AI, Lopez-Soler C. *The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: a meta-analysis.* *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2011; 11(1): 67-93
- Sepúlveda, G. (2013). *Psicoterapia evolutiva con niños y adolescentes. Santiago: Mediterráneo.* Santiago. Cap. 16. Proceso de intervención en psicoterapia constructivista. P 222-233.
- Urquiza, A.J. y Winn, C. (1994). *Treatment for abused and neglected children: Infancy to age 18.* US Government Printing Office. US Department of Health and Human Services, National Center of Child Abuse and Neglect, Washington.
- Vitriol, G. (2005). Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(2), 83-87.

Weil, K., Florenzano, R., Vitriol, V., Cruz, C., Carvajal, C., Fullerton, C., & Muñiz, C. (2004). Trauma infanto juvenil y psicopatología adulta: un estudio empírico. *Revista médica de Chile*, 132(12), 1499-1504.